

на правах рукописи

ЗУЛУМЯН ТАТЕВИК НШАНОВНА

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ
ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ЯИЧНИКОВ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

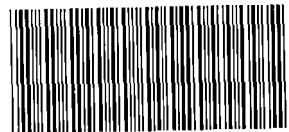
АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

26 ДЕК 2013

Москва

2013



005544589

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов».

Научный руководитель:

профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН,
доктор медицинских наук, профессор **Хамошина Марина Борисовна**

Официальные оппоненты:

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор **Доброхотова Юлия Эдуардовна**

профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства РФ»,
доктор медицинских наук, профессор **Кедрова Анна Генриховна**

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии».

Защита диссертации состоится « _____ » _____ 2013 г.
в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 212.203.01 в Российском университете дружбы народов (Адрес: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д.6.)

С диссертацией можно ознакомиться в Учебно-научном информационном библиотечном центре (Научная библиотека) РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

Автореферат разослан « _____ » _____ 2013 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

И.М. Ордяниц

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на положительные демографические тенденции последних лет, в России все еще сохраняется угроза депопуляции в ближайшие десятилетия, обусловленная ожидаемым количественным снижением девочек, подростков и женщин молодого возраста, формирующих репродуктивный резерв страны. Особую остроту сложившейся ситуации придает прогрессирующее снижение уровня их соматического и репродуктивного здоровья, которое иллюстрируют данные официальной статистики и результаты многочисленных когортных исследований (Андреева В.О., 2008; Лободина И.М., 2008; Янковская Г.Ф., 2009; Семятов С.М., 2009; Лебедева М.Г., 2010). Согласно терминологии ВОЗ, лиц 15-25 лет относят к возрастной категории населения, определяемой как «молодежь». Как правило, эти женщины, как раннего (15-19 лет), так и оптимального (20-25 лет) репродуктивного возраста, в современных условиях не только не успевают реализовать репродуктивную функцию, но в подавляющем большинстве еще даже не планируют деторождение.

Одной из граней проблемы репродуктивного здоровья молодых женщин являются доброкачественные невоспалительные болезни яичников (ДНВБЯ), зачастую требующие оперативного лечения (Кулинич С.И., Николаева И.Н., Иванова И.А., 2006; Кох Л.И., Содномова Н.В., 2008), что создает угрозу развития послеоперационной дисфункции яичников и ухудшает репродуктивный прогноз (Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н., Чинчаладзе А.С., 2008; Дуглас Н.И., 2011). Наряду с высокой распространенностью апоплексии яичников, кист и доброкачественных опухолей яичников среди женщин 15-25 лет, особенности их репродуктивного поведения, в частности, низкая медицинская активность, создают предпосылки к несвоевременной диагностике ДНВБЯ, что влечет за собой неадекватное лечение, высокую вероятность urgentных клинических ситуаций, заканчивающихся экстренными оперативными вмешательствами, определяет низкую эффективность или полное отсутствие профилактических мероприятий (Краснопеева Ю.В., 2006; Хамошина М.Б. с соавт., 2011; Кузнецова Е.П., 2011).

В настоящее время практически нет данных о социально-гигиенических факторах риска возникновения ДНВБЯ у молодых женщин, роль медико-биологических факторов раскрыта весьма фрагментарно. В доступной литературе отсутствуют публикации, посвященные изучению возможностей математического прогнозирования риска развития ДНВБЯ. Нет четкого алгоритма ведения женщин молодого возраста, направленного на улучшение результатов профилактики и лечения ДНВБЯ, реабилитации пациенток в послеоперационном периоде. Существует необходимость углубленной оценки ситуации в области репродуктивного здоровья молодых женщин, перенесших операции на яичниках по поводу ДНВБЯ, с учетом предстоящей им реализации репродуктивной функции. Все вышеизложенное определяет актуальность и выбор темы исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Улучшить состояние репродуктивного здоровья женщин молодого возраста с доброкачественными невоспалительными болезнями яичников на основе разработки и внедрения комплекса мероприятий, направленных на сохранение овариального резерва.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Определить медико-демографическую значимость оперативных вмешательств на яичниках по поводу доброкачественных невоспалительных болезней яичников и их вклад в формирование уровня репродуктивного здоровья женщин молодого возраста в современных условиях;
2. Оценить состояние овариального резерва у молодых женщин, перенесших оперативные вмешательства на яичниках по поводу доброкачественных невоспалительных болезней яичников, в динамике после операции;
3. Изучить влияние комбинированных оральных контрацептивов на состояние овариального резерва у женщин изучаемой когорты;
4. Выявить медико-социальные детерминанты и определить возможности математического прогнозирования индивидуального риска развития доброкачественных невоспалительных болезней яичников;
5. Разработать и внедрить алгоритм ведения женщин молодого возраста, направленный на улучшение результатов профилактики доброкачественных невоспалительных болезней яичников, их лечения и реабилитации пациенток в послеоперационном периоде.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА.

В результате исследования уточнены данные о распространенности ДНВБЯ и обусловленных ими оперативных вмешательств на яичниках в популяции женщин 15-25 лет, еще не реализовавших репродуктивную функцию, что позволяет обосновать приоритетность мероприятий по их профилактике. На основании комплексного клинико-социального исследования расширены представления о патогенезе ДНВБЯ и впервые определены медико-социальные детерминанты их развития у женщин 15-25 лет. Дополнены имеющиеся теоретические представления о состоянии овариального резерва у пациенток изучаемой когорты после оперативной травмы яичников, факторах риска его снижения и влиянии на функциональное состояние яичников после операции по поводу ДНВБЯ комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Сформирована концепция сохранения овариального резерва у молодых женщин с ДНВБЯ в современных условиях с учетом риска оперативных вмешательств на яичниках, разработан алгоритм мероприятий, направленных на профилактику ДНВБЯ, снижение частоты их хирургического лечения и сохранение овариального резерва.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ.

На основании полученных результатов разработана математическая модель, позволяющая прогнозировать индивидуальный риск развития ДНВБЯ у женщин 15-25 лет. Практическому здравоохранению предложен алгоритм ведения женщин молодого возраста, способствующий снижению

вероятности развития ДНВБЯ и частоты рецидивов после операции ($p < 0,05$), негативного влияния фактора оперативной травмы на состояние овариального резерва ($p < 0,05$).

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Женщины 15-25 лет с доброкачественными невоспалительными болезнями яичников формируют группу высокого медико-социального риска снижения овариального резерва вследствие оперативной травмы яичников. Оптимизация их репродуктивного поведения за счет обоснованного выбора метода контрацепции в пользу комбинированных эстроген-гестагенных препаратов является неиспользованным резервом снижения популяционной частоты доброкачественных невоспалительных болезней яичников, риска послеоперационной дисфункции яичников, а также повышения репродуктивного потенциала этих молодых женщин, для которых характерны аборт (12,6%, $p < 0,05$), расстройства менструации (100,0%, $p < 0,05$) и воспалительные заболевания органов малого таза (16,9%, $p < 0,05$).

2. Значимое влияние ($p < 0,05$) на состояние овариального резерва у молодых женщин после операции по поводу доброкачественных невоспалительных болезней яичников оказывает вид оперативного вмешательства и нозология заболевания. Наиболее щадящим вмешательством является коагуляция яичника, наиболее повреждающим - резекция яичника. Самые неблагоприятные характеристики состояния овариального резерва выявляются у пациенток с эндометриодными кистами яичников. Комбинированные оральные контрацептивы снижают степень негативного влияния оперативной травмы яичника на состояние овариального резерва ($p < 0,05$) и риск рецидивов ДНВБЯ ($p < 0,05$).

3. Разработанный алгоритм ведения женщин молодого возраста с учетом индивидуального риска развития ДНВБЯ, особенностей хирургического лечения и реабилитации в послеоперационном периоде позволит снизить частоту возникновения ДНВБЯ и их рецидивов после операции ($p < 0,05$), уменьшить риск снижения овариального резерва и, в конечном итоге - повысить уровень репродуктивного здоровья женщин изучаемой когорты.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ, ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРА:

Данная работа проведена в рамках основного направления научной деятельности кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (РУДН) «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях» (номер гос. регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712), в соответствии с основными направлениями «Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года», приоритетных национальных проектов «Здоровье» и «Образование» РФ и инновационно-образовательной программы РУДН.

Внедрение результатов исследования. Основные положения, выводы и рекомендации для практического здравоохранения внедрены в

практическую работу поликлиники №25 г. Москвы, медицинского центра РУДН, гинекологического отделения №40 ГБУЗ «Городская клиническая больница №64 Департамента здравоохранения города Москвы», гинекологического отделения ГБУЗ «Городская клиническая больница №12 Департамента здравоохранения города Москвы»; внедрены в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР РУДН, используются при проведении информационно-образовательной работы со студентами и учащейся молодежью РУДН и 35 вузов РФ различной специализации по программам «Основы репродуктивного здоровья» и «Репродуктивный выбор». На основании результатов исследования разработаны методические рекомендации «Прогнозирование и профилактика доброкачественных невоспалительных болезней яичников у молодых женщин». Участие автора в сборе первичного материала и его обработке - более 80%, обобщении, анализе и внедрении в практику результатов работы - 100%. Все научные результаты, представленные в работе, автором получены лично. По теме диссертации опубликовано 12 работ, из них 5 - в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Апробация диссертационной работы.

Материалы диссертации доложены, обсуждены и одобрены на: Всероссийской конференции с международным участием, посвященной десятилетию кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Белгородского государственного университета (Белгород, 2010); VI Региональном научном форуме «Мать и дитя» (Ростов-на-Дону, 2012); Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2012); Scientific Conference for Students, Post-Graduate Students and young Scientists of Medical Faculties of Russian State Universities including Foreign Participants (Surgut, 2012); Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: уральские чтения. Здоровье женщины - здоровье нации (Екатеринбург, 2013); заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (2013).

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ:

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, пяти глав, которые включают материалы и методы исследования, результаты собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, приложений. Работа изложена на 130 страницах машинописного текста, иллюстрирована 18 таблицами и 25 рисунками. Указатель литературы содержит 130 источника, из них 75 - на русском и 55 - на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами были выбраны пять основных направлений исследования: изучение распространенности ДНВБЯ у женщин 15-25 лет, а также особенностей репродуктивного здоровья пациенток с ДНВБЯ; оценка

состояния овариального резерва у женщин молодого возраста после оперативных вмешательств на яичниках по поводу ДНВБЯ и факторов, его формирующих; изучение влияния КОК на состояние овариального резерва после операции на яичниках у женщин изучаемой когорты; определение медико-социальных детерминант и построение модели прогноза индивидуального риска развития ДНВБЯ у женщин 15-25 лет; разработка, обоснование и внедрение алгоритма ведения женщин 15-25 лет, направленного на профилактику ДНВБЯ, улучшение результатов их лечения и реабилитации пациенток в послеоперационном периоде.

Исследование выполнено на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (зав. кафедрой - засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф. Радзинский В.Е.) - городской поликлинике № 25 г. Москвы (гл. врач - к.м.н. Ходорович А.М.), гинекологическом отделении ГБУЗ «Городская клиническая больница №12 Департамента здравоохранения города Москвы» (зав. отделением - д.м.н. Петрова В.Д.) в период 2010-2012гг. Проведенное когортное исследование было комплексным и двухэтапным. На первом этапе для изучения распространенности ДНВБЯ исследуемую группу (n=1280) формировали сплошным методом из числа женщин 15-25 лет в ходе профилактических осмотров организованных коллективов учащихся, с использованием анонимного анкетирования, специального гинекологического исследования и/или ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза. Критериями включения явились: возраст 15-25 лет, наличие в анамнезе или на момент осмотра ДНВБЯ. Критерием исключения явился отказ от участия в исследовании.

На втором этапе в исследуемую группу вошли 142 женщины, отобранные методом типологической выборки из числа поступивших на стационарное лечение (рис.1).

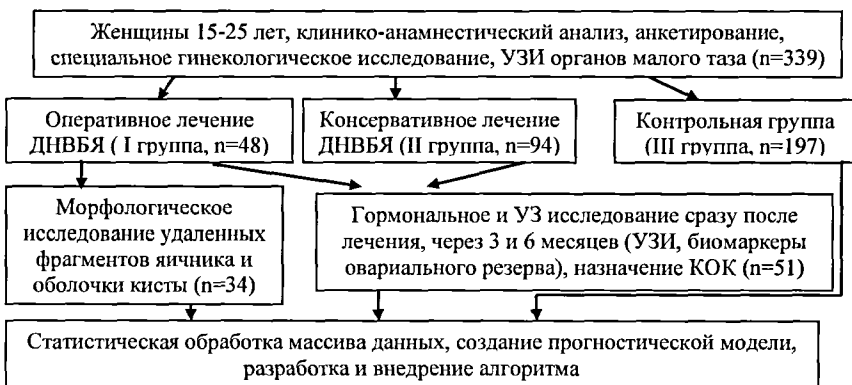


Рисунок 1. Программа второго этапа исследования.

Критериями включения послужили: возраст 15-25 лет, наличие ДНВБЯ, вошедших в статистическую отчетность под кодами: апоплексия

яичника - N83.8, фолликулярная киста яичника - N83.0, киста желтого тела яичника - N83.1, эндометриоидная киста яичника - N83.1, доброкачественные опухоли яичников - D27. Критериями исключения были определены злокачественные новообразования яичников, наличие в анамнезе односторонней овариэктомии, повторные операции на яичнике, отказ от участия в исследовании, несоблюдение рекомендаций врача. Все женщины, включенные в исследование, были стратифицированы по методу лечения: пациенткам I группы (n=48) по поводу объемных образований яичника, разрыва кисты яичника и апоплексии яичника анемической формы с внутрибрюшным кровотечением в объеме свыше 150 мл проводилось хирургическое лечение (резекция яичника, коагуляция яичника, цистэктомия), пациенткам II группы (n=94) с ретенционными кистами яичника, апоплексией яичника болевой формой, а также геморрагической формой с непрогрессирующим внутрибрюшным кровотечением в объеме, не превышающем 150 мл, в соответствии с действующими медико-экономическими стандартами проводилось консервативное лечение. Для выявления особенностей репродуктивного здоровья и медико-социальных детерминант развития ДНВБЯ в ходе профилактических осмотров организованных коллективов учащихся слепым методом (каждая третья) были отобраны 386 человек, не имевших ДНВБЯ в анамнезе и на момент осмотра, согласившихся участвовать в исследовании, после чего из их числа была сформирована контрольная группа (III группа, n=197), не имевшая статистических различий с исследуемой по возрасту и месту проживания.

Согласно программе исследования 2 этапа 51 женщине (35,9%) с ДНВБЯ (31 - после операции и 20 - консервативно излеченных) в период первой очередной менструации и через 6 месяцев после поступления в стационар на 3-5 день менструального цикла исследовали уровень антимюллерова гормона (АМГ) методом иммуноферментного анализа. За нормативные значения принимали: 1-10,6 нг/мл (Боярский К.Ю., С.Н. Гайдуков, Е.А. Машкова Е.А., 2009). В это же время иммунофлюоресцентным методом определяли уровни гонадотропных и стероидных гормонов (ЛГ, ФСГ, эстрадиол). Сразу после первого гормонального исследования всем пациенткам после исключения противопоказаний согласно медицинским критериям приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2009) рекомендовали прием микродозированных КОК по контрацептивной схеме в течение 6 месяцев, однако 22,6% женщин основной группы (n=7) и 25,0% группы сравнения (n=5) от приема отказались, обосновав это непереносимостью КОК, боязнью побочных эффектов. КОК (20 мкг этинилстрадиола + 3 мг дроспиренона; 20 мкг этинилэстрадиола + 100 мкг левоноргестрела) назначали путем рандомизации.

Сразу после оперативного и консервативного лечения на 3-4 сутки, через 3 и 6 месяцев при помощи УЗИ исследовали объем яичников и количество антральных фолликулов в каждом из них. УЗИ проводили на аппарате «Toshiba aplio XG» (Япония) с использованием абдоминального датчика частотой 3,5 МГц и вагинального датчика частотой 6,5 МГц.

Маркером овариального резерва считали количество антральных фолликулов до 10 мм в диаметре в одном срезе яичника, определяемых по УЗИ на 3-4 день менструального цикла и объем яичников. В зависимости от их числа выделяли пациенток с нормальным фолликулярным аппаратом (6-10 фолликулов в обоих яичниках), низким фолликулярным аппаратом (5 и менее фолликулов в обоих яичниках), мультифолликулярными яичниками (более 10 фолликулов в обоих яичниках). За нормативные значения объема яичника считали 5,3 - 6,1 см³ (Медведев М.В. с соавт., 2010).

Для статистической обработки результатов исследования в качестве основного программного обеспечения использовали пакет прикладных программ STATISTICA 6,0 фирмы StatSoft Inc. (США). Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивали непараметрическими критериями Вилкоксона-Манна-Уитни для несвязанных совокупностей и методами вариационной статистики с использованием критериев Стьюдента (t) и χ^2 . Различие между сравниваемыми величинами признавали достоверным при $p < 0,05$ ($t > 2,0$). Для проведения корреляционного анализа использовали методы Пирсона и Спирмена, при абсолютном значении коэффициента корреляции $r \geq 0,75$ связь оценивали как сильная, при $r > 0,25$, но $< 0,75$ - как умеренная, и при $r < 0,25$ - как слабая. Для анализа связи между несколькими независимыми переменными, выявления прогностически наиболее информативных признаков (предикторов) и построения прогностических моделей использовали пошаговый дискриминантный и линейный регрессионный методы анализа.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате исследования установлено, что ДНВБЯ в анамнезе или на момент осмотра выявляются у 9,5% женщин 15-25 лет, в том числе среди подростков 15-19 лет - 9,6%, у женщин 20-25 лет - 9,4%. Распространенность ДНВБЯ у молодых женщин составляет 105,47%. У каждой третьей из них (31,4%) в анамнезе имеет место указание на оперативное вмешательство по поводу ДНВБЯ, в том числе у 38,7% - в экстренном порядке.

При изучении особенностей репродуктивного здоровья пациенток с ДНВБЯ выявлено, что они относятся к категории социально адаптированных женщин - в социальной структуре преобладают учащиеся (42,2%), лица рабочей профессии (23,2%) и служащие (21,1%). Большинство женщин имеет неполное высшее (48,6%) или высшее образование (23,2%) и не состоит в браке (58,5%, контрольная группа - 90,8%, $p < 0,05$). На наличие постоянной работы указали 53,5% пациенток с ДНВБЯ (контрольная группа - 10,2%, $p < 0,05$), профессиональных вредностей - 13,4% (контрольная группа - 2,0%, $p < 0,05$). Женщины, страдающие ДНВБЯ, чаще, чем в контрольной группе, отмечали наличие конфликтных ситуаций в семье (66,1% против 53,8%, $p < 0,05$) и на работе (34,5% против 17,8%, $p < 0,05$). Установлено, что в основной группе курят 56,4% женщин, в том числе 28,9% - постоянно (в контрольной группе - 11,7%, $p < 0,05$).

При изучении особенностей образа жизни установлено, что для большинства женщин с ДНВБЯ характерны нарушения режима питания -

наиболее обильный прием пищи после 18-20 часов (52,1% против 33,0% в контрольной группе, $p < 0,05$). Систематические занятия физкультурой и спортом отметила лишь каждая пятая женщина с ДНВБЯ (21,8%, в контрольной группе - 37,6%, $p < 0,05$). Указание на сон в течение 6 и менее часов в сутки выявлено у 19,0% пациенток с ДНВБЯ (в контрольной группе - 5,1%, $p < 0,05$), сон в течение 9 и более часов в сутки отметили 34,5% женщин с ДНВБЯ (в контрольной группе - 60,9%, $p < 0,05$).

Установлено, что для женщин, страдающих ДНВБЯ, характерна высокая распространенность хронических экстрагенитальных заболеваний (ХЭГЗ) - 746,5‰ (812,5‰ и 712,8‰ у оперированных и консервативно излеченных женщин соответственно, $p > 0,05$), что значительно превышает показатель в контрольной группе (441,6‰, $p < 0,05$) и согласуется с данными Тер-Овакимян А.Э. (2009). Как видно из диаграммы, представленной на рис.2, для пациенток с ДНВБЯ характерны заболевания органов пищеварения, которые отмечены у каждой пятой ($p < 0,05$), хронические воспалительные заболеваниями ЛОР органов и/или нижних дыхательных путей - вдвое чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Выявлено, что женщины с ДНВБЯ в сравнении со сверстницами контрольной группы в 7,7 раз чаще страдают заболеваниями щитовидной железы ($p < 0,05$) и в 3,7 раза чаще - болезнями мочевыделительной системы ($p < 0,05$). Важно отметить, что у пациенток, оперированных по поводу ДНВБЯ, заболевания щитовидной железы были отмечены в 2,3 раза чаще, чем у консервативно излеченных (12,5% против 5,3%, $p < 0,05$).

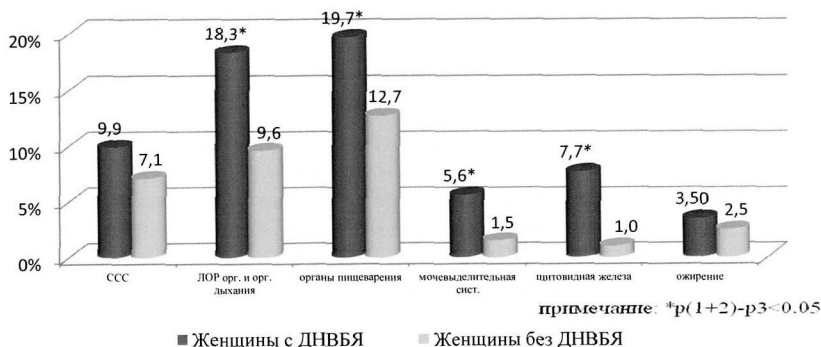


Рисунок 2. Хронические экстрагенитальные заболевания у обследованных женщин.

Обращает на себя внимание высокая распространенность в анамнезе у женщин с ДНВБЯ перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза (232,39‰), которая в 3 раза превышает аналогичный показатель в контрольной группе (76,14‰, $p < 0,05$). Это соотносится с тем фактом, что при лапароскопии у четверти женщин с ДНВБЯ был выявлен спаечный процесс в брюшной полости.

При анализе показателей, характеризующих сексуальное и репродуктивное поведение пациенток с ДНВБЯ, установлено, что в этой когорте преобладают сексуально активные женщины (92,3%, в контрольной группе - 62,4%, $p < 0,05$). При этом все оперированные пациентки уже имели сексуальный дебют ($p_{1-2} < 0,05$). Важно отметить, что у каждой пятой (20,4%) женщины с ДНВБЯ сексуальный дебют состоялся до 15 лет, что почти втрое превышает показатель в контрольной группе (7,1%, $p < 0,05$). Выявлено, что для каждой десятой женщины с ДНВБЯ характерен промискуитет - на наличие одновременно 2 и более половых партнеров указали 9,9% респонденток (в контрольной группе - 4,0%, $p < 0,05$).

От беременности не предохранялась каждая третья женщина с ДНВБЯ (30,5%), что в 3,4 раза больше, чем в контрольной группе (8,9%, $p < 0,05$). Установлено, что 39,7% респонденток изучаемой когорты с целью предохранения от беременности использовали презервативы (в контрольной группе - 55,3%, $p < 0,05$), каждая четвертая (24,4%) - прерванный половой акт (в контрольной группе - 16,3%, $p < 0,05$). Проведенный анализ показал, что по сравнению с контрольной группой женщины с ДНВБЯ в 4 раза реже применяют гормональные контрацептивы (3,1 % против 12,2%, $p < 0,05$).

Изучение особенностей становления менструальной функции показало, что его нарушение имело место у 40,8% женщин с ДНВБЯ, при этом у 19,0% регулярный цикл на момент исследования не установился (в контрольной группе - 7,6%, $p < 0,05$). Различные расстройства менструации отмечены у всех пациенток с ДНВБЯ (рис.3), при этом их распространенность в исследуемой группе вдвое превышала аналогичный показатель в контрольной (соответственно 1929‰ и 920‰, $p < 0,05$) и не имела различий между группами оперативно и консервативно леченных женщин (соответственно 1854‰ и 1968‰, $p > 0,05$). Другие гинекологические заболевания выявлены у 59,2% женщин с ДНВБЯ (60,4% и 58,5% у оперированных и консервативно леченных соответственно, $p > 0,05$), что также в 2,9 раза чаще, чем в контрольной группе (20,3%, $p < 0,05$). У женщин с ДНВБЯ их распространенность в 3,2 раза превышала аналогичный показатель у женщин без таковых (697,2‰ против 218,27‰, $p < 0,05$) и не различалась между группами пациенток, леченных оперативно и консервативно (770,8‰ и 659,6‰ соответственно, $p > 0,05$).

Диаграмма на рис.3 ярко иллюстрирует, что, помимо расстройств менструации, для пациенток исследуемой группы в сравнении с женщинами контрольной группы, более характерны ($p < 0,05$) доброкачественные болезни шейки матки, которые наблюдаются в 2,9 раза чаще, хронические воспалительные заболевания придатков матки - в 4,1 раза чаще, неправильное положение матки - в 4,9 раза чаще, аденомиоз и дисфункция гипоталамуса, которые в контрольной группе не были выявлены.

Установлено, что 38,0% женщин исследуемой группы ранее перенесли урогенитальные инфекции (УГИ), что значительно превышает показатель в контрольной группе (15,2%, $p < 0,05$). Выявлены достоверные различия по этому признаку между оперированными и консервативно излеченными

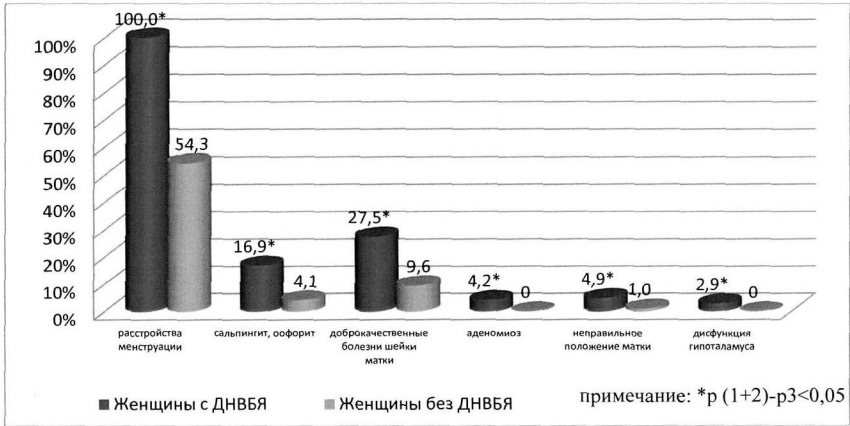


Рисунок 3. Гинекологические заболевания у обследованных женщин.

женщинами ($p < 0,05$). Среди оперированных пациенток с ДНВБЯ УГИ перенесла каждая вторая (52,0%), среди консервативно излеченных - каждая третья (30,9%). Показатель распространенность УГИ в анамнезе среди женщин с ДНВБЯ составил 556,34% (соответственно 770,83% и 446,80% среди оперированных и консервативно излеченных, $p < 0,05$), что в 2,5 раза выше по сравнению с контрольной группой (223,35%).

Вульвовагинальный кандидоз в анамнезе выявлен у 31,3% пациенток с ДНВБЯ (в контрольной группе - 8,6%, $p < 0,05$). Папилломавирусная инфекция имела место у 9,2% женщин с ДНВБЯ (в контрольной группе - 2,0%, $p < 0,05$). Следует подчеркнуть, что у оперированных женщин папилломавирусная инфекция встречалась значительно чаще, чем у консервативно излеченных пациенток и женщин без ДНВБЯ (соответственно 12,5%, 4,3% и 2,0%, $p_{1-2}, p_{1-3} < 0,05$). Хламидийную инфекцию перенесли 9,2% пациенток с ДНВБЯ, что в 4,5 раза превосходит контрольную группу (2,0%, $p < 0,05$). При этом у оперированных женщин хламидийная инфекция в анамнезе выявлена в 3 раза чаще, чем у консервативно излеченных (12,5% против 4,3%, $p < 0,05$).

В ходе исследования установлено, что для пациенток с ДНВБЯ характерна высокая фертильность, что соотносится с пренебрежением использования ими эффективных методов контрацепции. Беременности имели 22,5% женщин с ДНВБЯ (соответственно 25,0% и 21,3% у оперированных и консервативно излеченных, $p > 0,05$), что в 9 раза выше по сравнению с контрольной группой (2,5%, $p < 0,05$). Анализ исходов беременностей показал, что у каждой седьмой женщины с ДНВБЯ беременность завершилась родами (14,8%), что в 10 раз превосходит показатель в контрольной группе (1,5%, $p < 0,05$), у 12,6% пациенток исследуемой группы беременности завершились искусственными

абортами, это в 5 раз чаще по сравнению со сверстницами, не имеющими ДНВБЯ (2,5%, $p < 0,05$). Потери желанной беременности (самопроизвольные аборт и неразвивающиеся беременности) отмечены у 2,8% и 3,5% женщин с ДНВБЯ соответственно, в контрольной группе потерь желанной беременности в анамнезе не выявлено ($p < 0,05$). Не обнаружено различий в исходе беременности у оперативно и консервативно излеченных пациенток исследуемой группы ($p > 0,05$).

Данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют, что оперативное вмешательство на яичнике негативно влияет на состояние овариального резерва молодых женщин, что подтверждает и оценка уровней биомаркеров овариального резерва, и результаты УЗИ. При изучении уровня биомаркеров овариального резерва в динамике сразу после операции и через 6 месяцев установлено, что концентрация АМГ, как сразу после операции, так и через 6 месяцев, у оперированных пациенток значительно ниже, чем у консервативно излеченных женщин, что согласуется с данными ряда авторов (Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н., Машкова Е.А., 2009; Broekmans A. La Marca, Volpe A., Fauser V.C. et al., 2009).

Проведенный анализ показал, что на 3-4 сутки после операции его средний уровень у пациенток, подвергшихся оперативному вмешательству на яичниках, оказался в 2,2 раза ниже по сравнению с консервативно излеченными (соответственно $2,18 \pm 0,33$ нг/мл и $4,79 \pm 0,86$ нг/мл, $p < 0,05$). В динамике этот показатель у оперированных женщин, в отличие от консервативно излеченных, не имел тенденции к повышению ($p > 0,1$) и оставался близок к нижней границе нормы. Через 6 месяцев средний уровень АМГ у пациенток с ДНВБЯ после операции составил $2,13 \pm 0,35$ нг/мл, в то время как у консервативно излеченных женщин в динамике через 6 месяцев средняя концентрация АМГ достигла середины нормативных значений ($6,03 \pm 0,76$ нг/мл, $p < 0,05$).

Интересно отметить достоверные различия уровня АМГ у пациенток с разными нозологиями ДНВБЯ. Самый низкий его уровень был выявлен у женщин, оперированных по поводу эндометриоидных кист яичников, что, по-видимому, обусловлено самим заболеванием. Если сразу после операции средний уровень АМГ у этих пациенток составил $1,15 \pm 0,34$ нг/мл, то через 6 месяцев он уменьшился в 2,6 раза, достигнув концентрации, в 2,3 раза меньшей по сравнению с нижним порогом нормативных значений ($0,44 \pm 0,14$ нг/мл, $p < 0,05$). Нами получены данные, свидетельствующие в пользу гипотезы, что оперативная травма существенно влияет на функциональное состояние яичников. Так, при апоплексии яичника после оперативного лечения уровень АМГ в динамике не изменялся и оставался близок к нижнему пороговому значению (соответственно $2,38 \pm 0,61$ нг/мл и $2,22 \pm 0,60$ нг/мл, $p < 0,05$), в то время как после консервативного лечения и исходный уровень был выше ($p < 0,05$), чем у оперированных пациенток ($3,38 \pm 0,59$ нг/мл), и через 6 месяцев он повысился еще в 1,8 раза, достигнув среднего уровня нормативных значений ($6,03 \pm 0,76$ нг/мл, $p < 0,05$), что указывает на полноценное функциональное состояние и нормальный

овариальный резерв яичника. Полученные данные носят в значительной мере контрартериальный характер по отношению к точке зрения многих авторов, считающих, что лапароскопические операции при апоплексии яичника должны стать рутинными вмешательствами (Адамян Л.В., 2006; Оразмурадова Л.Д., Тер-Овакимян А.Э., 2008; Чертовских М.М., Чертовских М.И., Кулинич С.И., 2011). Что касается функциональных кист яичника, то полученные данные свидетельствуют, что само по себе наличие кисты коррелирует с уровнем АМГ. На фоне консервативного лечения у пациенток с функциональными кистами его концентрация была близка к верхнему пороговому уровню ($9,03 \pm 0,26$ нг/мл), однако через 6 месяцев после лечения при ультразвуковой верификации отсутствия жидкостных образований уровень АМГ понижался до средних референтных значений ($6,30 \pm 1,13$ нг/мл, $p < 0,05$). Вместе с тем у женщин, оперированных по поводу функциональных кист, картина динамики уровня АМГ оказалась идентичной таковой у пациенток, подвергшихся операции по поводу апоплексии яичника ($p > 0,05$).

Динамика базального уровня эстрадиола, который у оперированных женщин как сразу после лечения ($133,95 \pm 23,23$ пг/мл), так и через 6 месяцев после нее ($94,01 \pm 14,4$ пг/мл), был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у консервативно излеченных женщин (соответственно $56,13 \pm 13,76$ пг/мл и $40,16 \pm 4,31$ пг/мл), косвенно подтверждает гипотезу о реакции яичников на оперативную травму. Остальные биомаркеры овариального резерва не имели значимых различий ($p > 0,05$) между оперированными и консервативно излеченными женщинами и не имели диагностической значимости.

Исследуя ультразвуковые параметры оценки овариального резерва, нами было выявлено, что объем яичников, при его определении сразу после операции, не различался у оперированных и консервативно излеченных женщин с ДНВБЯ, в обеих подгруппах его показатель значительно ($p < 0,05$) превышал норму (соответственно $8,99 \pm 1,03$ см³ и $11,67 \pm 2,68$ см³, $p > 0,05$). У оперированных женщин большой объем яичников связан с развитием послеоперационного отека и его «ложно большими» размерами, в группе консервативно излеченных – большой долей (25,0%) пациенток с функциональными кистами яичников, значительно повышающими значения среднего объема. Однако через 6 месяцев после лечения установлено, что картина кардинально меняется. Средний объем яичников у оперативно леченных женщин снизился до $3,15 \pm 0,48$ см³, $p > 0,05$), что меньше нормативных значений, в то время как в группе консервативно леченных женщин данный показатель вернулся в пределы нормативных значений ($5,44 \pm 0,36$ см³, $p > 0,05$), с учетом того, что по данным УЗИ, объемные образования у этих пациенток выявлены не были.

При ультразвуковом исследовании количества антральных фолликулов четкая картина вырисовывается как сразу после операции, так и в динамике через 6 месяцев. У оперированных женщин сразу после операции и через полгода после нее среднее количество антральных фолликулов соответствовало яичникам «с низким фолликулярным аппаратом», при этом через 6 месяцев данный показатель оказался в 1,5 раза ниже, чем сразу после

операции (соответственно $3,68 \pm 0,34$ и $2,40 \pm 0,32$, $p < 0,05$). Вместе с тем у консервативно излеченных пациенток, как сразу после лечения, так и через 6 месяцев после его окончания, среднее количество антральных фолликулов соответствовало яичникам с «нормальным фолликулярным аппаратом» (соответственно $5,85 \pm 0,54$ и $6,11 \pm 0,37$, $p > 0,05$). Сразу после окончания лечения у консервативно леченных женщин этот показатель превышает таковой у оперированных пациенток в 1,6 раза, через 6 месяцев после лечения - в 2,5 раза ($p < 0,05$).

При динамическом наблюдении за пациентками с ДНВБЯ, отказавшимися от приема КОК после проведенного в стационаре лечения, у 50% из них, независимо от метода лечения, через 3 месяца выявлены рецидивы заболевания (функциональные кисты, повторная апоплексия), чего ни у одной женщины, принимающей КОК, в течение всего периода наблюдения не зарегистрировано. Полученные данные согласуются с результатами ряда исследований (Содномова Н.В., 2008; Петрова И.А. с соавт., 2008), Муслисова С.Ю., Мельникова Т.А., 2010).

Нами не выявлено различий ($p > 0,05$) между количеством антральных фолликулов у пациенток, принимавших микродозированные КОК и отказавшихся от их приема, ни сразу, перед началом приема препаратов, ни через 6 месяцев после лечения. Это прослеживается как у оперированных, так и у консервативно излеченных женщин, подтверждая тот факт, что применение микродозированных КОК не угнетает фолликулогенез (табл.1).

Таблица 1.

Количество антральных фолликулов, с учетом приема КОК

Группы	Количество антральных фолликулов у женщин, принимающих КОК, абс. числа		Количество антральных фолликулов у женщин, отказавшихся от КОК, абс. числа	
	сразу после лечения	через 6 месяцев после лечения	сразу после лечения	через 6 месяцев после лечения
Оперированные женщины (n=31)	$3,63 \pm 0,36$	$2,5 \pm 0,34$	$3,86 \pm 0,94$	$2 \pm 1,00$
Консервативно излеченные женщины (n=20)	$5,93 \pm 0,68$	$6,33 \pm 0,40$	$5,6 \pm 0,81$	$6 \pm 1,00$

Результаты комплексной оценки овариального резерва у пациенток молодого возраста с ДНВБЯ свидетельствуют, что любое оперативное вмешательство негативно влияет на функциональное состояние яичника. Это не соответствует мнению Chang H.J. et al. (2010), Sonmezer M. et al. (2013). Согласно полученным нами данным, самым негативным влиянием обладает резекция яичника, меньший «удар по яичнику» наносит вылушивание кисты яичника с последующей коагуляцией ложа и наименее «травматична»

коагуляция яичника, что несколько противоречит результатам исследования Гасымовой Д.М., Мельниковой М.А., Рухляда Н.Н. (2012). Установлено, что сразу после операции и в динамике через 6 месяцев при любом виде оперативного вмешательства средний уровень АМГ ниже, чем средний уровень АМГ а динамике у консервативно излеченных пациенток ($p < 0,05$), причем эта разница через полгода становится более значительна, чем сразу после операции (табл.2). Сразу после окончания лечения средний уровень АМГ у консервативно излеченных женщин по сравнению с пациентками, которым проводилась резекция яичника, был выше в 2,9 раза, по сравнению с пациентками, перенесшими коагуляцию яичника, - в 2,2 раза, и по сравнению с женщинами, которым было выполнено вылушивание кисты яичника, - в 1,6 раза ($p < 0,05$). Как видно из данных, представленных в табл.2, через 6 месяцев этот показатель в группе консервативно излеченных женщин был выше соответственно в 3,5 раза, 2,6 раза и в 2,1 раза ($p < 0,05$).

Средние значения объема яичников при всех видах оперативных вмешательств через 6 месяцев после операции были ниже нормативных значений, однако при резекции яичников наблюдался самый низкий объем ($1,86 \pm 0,29 \text{ см}^3$), что в 2,4 и в 2,6 раза меньше ($p < 0,05$) объема яичников при вылушивании кисты и коагуляции яичника соответственно (табл. 2). Такая же картина вырисовывается при сравнении среднего количества антральных фолликулов. При всех видах оперативных вмешательств данный показатель соответствовал яичникам с «низким фолликулярным аппаратом», однако наиболее низкое количество антральных фолликулов также присуще резецированным яичникам. Через 6 месяцев после лечения этот показатель стал у пациенток, перенесших резекцию яичников, стал равен $1,50 \pm 0,38 \text{ см}^3$, что соответственно вдвое и в 2,4 раза меньше такового ($p < 0,05$) по сравнению с женщинами, которым производилось вылушивание кисты с последующей коагуляцией ее ложа и коагуляция яичника (табл.2).

Проведенный анализ и полученные в ходе исследования данные позволили определить независимые предикторы развития ДНВБЯ, характерные для женщин изучаемой когорты. С целью их выявления на первом этапе произведен анализ всех признаков, для качественных признаков использовали критерий χ^2 , для количественных - критерий Стьюдента. Были избраны те признаки, по которым женщины, имевшие ДНВБЯ в анамнезе или на момент проведения исследования, достоверно отличались от женщин, никогда ими не страдавших. Число признаков составило 42. После этого все 42 признака были включены в логистический регрессионный анализ. Произведено кодирование переменных, перевод их в дихотомический вариант. Анализ последовательно повторялся, поэтапно исключая все незначимые признаки и оставляя максимально значимые для данной модели.

В конечном итоге было выявлено, что независимыми предикторами возникновения ДНВБЯ у женщин 15-25 лет являются: нарушение режима сна, сон 6 и менее часов в сутки ($\chi^2 = 12,04$), наличие профессиональных вредностей ($\chi^2 = 6,52$), дисменорея легкой или средней степени тяжести ($\chi^2 = 15,38$) и тяжелая ($\chi^2 = 21,60$), олигоменорея периодическая ($\chi^2 = 6,96$) и

Таблица 2.

Уровень АМГ и ультразвуковые параметры овариального резерва сразу и через 6 мес. после лечения, с учетом вида и объема оперативного вмешательства

Группы	n	Средний объем яичников (см ³)		Количество антральных фолликулов		АМГ, нг/мл	
		Сразу после лечения	Через 6 месяцев после лечения	Сразу после лечения	Через 6 месяцев после лечения	Сразу после лечения	Через 6 месяцев после лечения
Резекция яичника (1.1)	12	7,57±1,18	1,86±0,29**	2,42±0,36	1,50±0,38**	1,68±0,44	1,70±0,46
Вылущивание кисты яичника (1.2)	12	8,18±1,56	4,40±0,95	3,50±0,40	3,00±0,15	2,20±0,52	2,30±0,70
Коагуляция яичника (1.3)	7	12,81±2,88	4,90±0,91	6,14±0,46***	3,67±0,33	2,92±0,79	2,92±0,81
Консервативно излеченные (2)	20	11,67±2,68	5,44±0,36	3,67±0,33	6,11±0,37	4,79±0,86*	6,03±0,76*

Примечание: *p2-p1.1, p2-p1.2, p2-p1.2<0,05, *p1.1-p1.2, p1.1-1.3, p1.1-p2<0,05, ***p1.3-p1.1, p1.3-p1.2, p1.3-p2<0,05

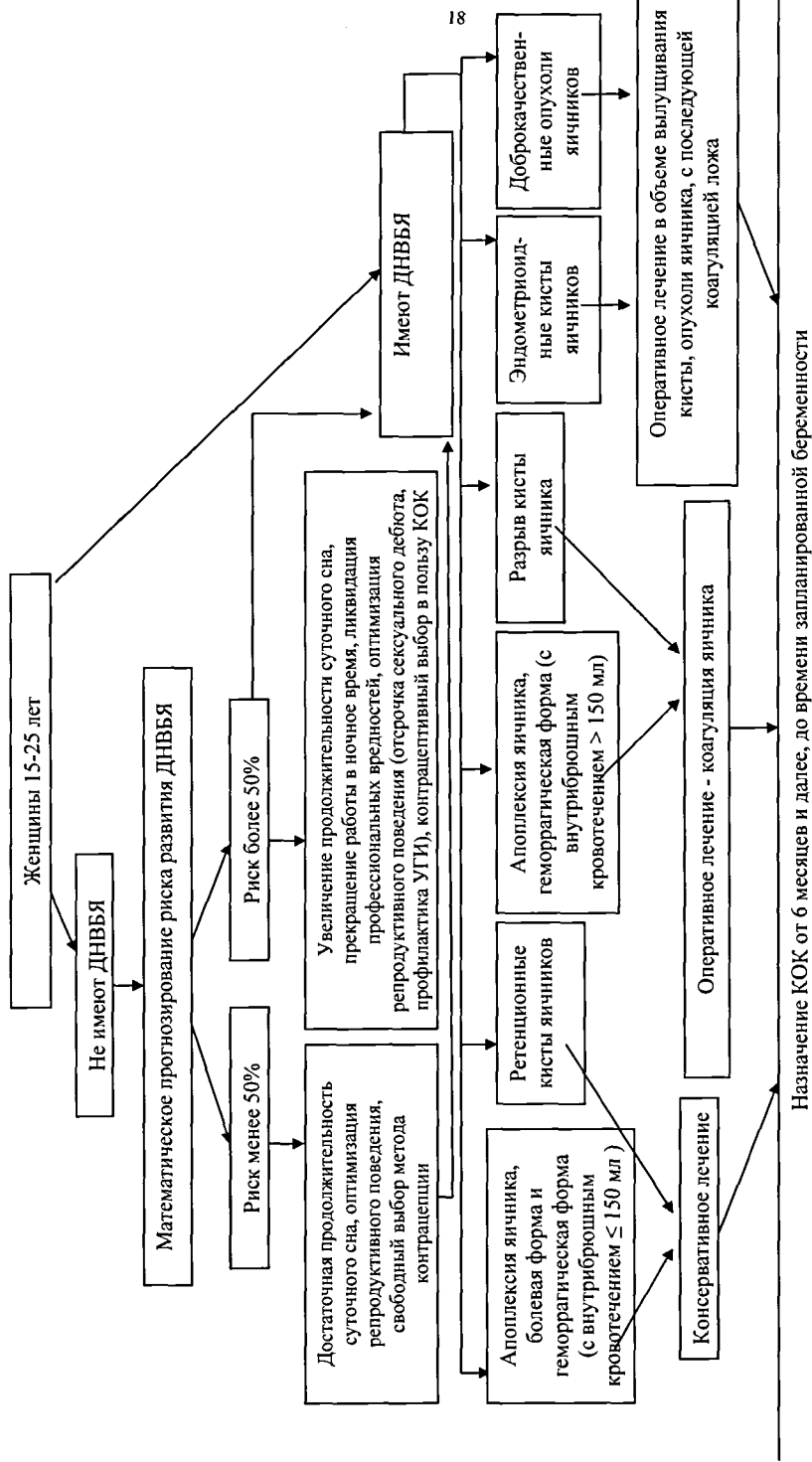


Рисунок 4. Алгоритм ведения женщин молодого возраста, направленный на оптимизацию профилактики ДНВБЯ

и сохранение овариального резерва после оперативного вмешательства.

постоянная ($\chi^2 = 6,69$), начало половой жизни в 15 лет и ранее ($\chi^2 = 7,76$), наличие других гинекологических заболеваний ($\chi^2 = 19,36$), УГИ в анамнезе ($\chi^2 = 4,53$).

В результате анализа установлено, что сон 6 и менее часов в сутки повышает риск возникновения ДНВБЯ в 5,1 раз, наличие профессиональных вредностей (воздействие химических реагентов, статическая нагрузка, электромагнитное излучение, работа в ночное время) - в 5,5 раза, дисменорея легкая или средней тяжести - в 4 раза, тяжелая дисменорея - в 6,2 раза, олигоменорея периодическая - в 2,5 раза, постоянная - в 3,1 раза, начало половой жизни в 15 лет и ранее - в 3,4 раза, с каждым перенесенным гинекологическим заболеванием риск ДНВБЯ возрастает в 2,9 раза, с каждой перенесенной УГИ - в 1,5 раза.

Создание многофакторной модели проводили по формуле: $P = (e^Y / (1 + e^Y)) * 100$, где P – вероятность наступления исследуемого события (возникновения ДНВБЯ); e – константа, равная 2,72..., Y – логит-преобразование, вычисляемое по формуле: $Y = b_0 + b_1 * X_1 + b_2 * X_2 + b_3 * X_3 + b_n * X_n$, где $b_0, b_1, b_2, \dots, b_n$ – регрессионные коэффициенты (натуральные логарифмы отношения шансов для каждого из соответствующих признаков X_i); X_1, \dots, X_n – значимые факторы (предикторы), которые для качественных признаков равны единице при наличии данного события и нулю – при его отсутствии, для количественных (в данной модели – число гинекологических заболеваний и УГИ) равны нулю при их отсутствии, единице - при наличии одного заболевания или инфекции, двум - при наличии двух и т.д.

Для прогноза развития ДНВБЯ у женщин 15-25 лет $Y = -3,184345 + 1,633343 * X_1 + 1,700678 * X_2 + 1,377623 * X_3 + 1,832465 * X_4 + 0,9159082 * X_5 + 1,143072 * X_6 + 1,231516 * X_7 + 1,064497 * X_8 + 0,4192891 * X_9$, где P – вероятность развития ДНВБЯ (%); Y - логит - преобразование P; X_1 - нарушение режима сна, сон 6 и менее часов, X_2 - наличие профессиональных вредностей, X_3 - легкая или средней тяжести дисменорея, X_4 – тяжелая дисменорея, X_5 - периодическая олигоменорея, X_6 - постоянная олигоменорея, X_7 - начало половой жизни в 15 лет и ранее, X_8 – наличие других гинекологических заболеваний (в анамнезе или на момент обследования), X_9 - УГИ (в анамнезе или на момент обследования).

Валидизация модели на независимой выборке показала, что ее использование позволяет прогнозировать возникновение ДНВБЯ у юных и молодых женщин с вероятностью до 82,1%. При риске менее 50,0% риск расценивается как низкий, при 50,0% и более – как значимый, что является аргументом в пользу выбора КОК в ходе индивидуального подбора метода контрацепции, с целью целенаправленной доказательно эффективной профилактики возникновения апоплексии яичника, функциональных кист яичников, а также ассоциированных с ними ситуаций, требующих госпитализации и оперативного лечения, следствием чего является риск снижения овариального резерва.

На основании полученных результатов предложен алгоритм ведения женщин молодого возраста (рис.4), направленный на оптимизацию профилактики ДНВБЯ с учетом индивидуального риска развития, лечения и реабилитации пациенток изучаемой когорты.

ВЫВОДЫ

1) Доброкачественные невоспалительные болезни яичников являются значимым фактором риска снижения репродуктивного потенциала молодых женщин в современных условиях. Их распространенность среди женщин 15-25 лет составляет 105,47% и не имеет различий между возрастными группами 15-19 лет и 20-25 лет ($p>0,1$). Оперативному вмешательству в молодом возрасте подвергается каждая третья (31,4%) женщина изучаемой когорты, из них 38,7% - в экстренном порядке.

Для пациенток 15-25 лет, поступивших на стационарное лечение по поводу доброкачественных невоспалительных болезней яичников, характерны высокая частота расстройств менструации (100,0%), доброкачественных болезней шейки матки (27,5%), воспалительных заболеваний органов малого таза (16,9%), а также высокая распространенность оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе (232,39%, $p<0,05$).

2) Группу риска развития доброкачественных невоспалительных болезней яичников в молодом возрасте ($p<0,05$) формируют работающие (44,3%) и учащиеся (42,2%) женщины с высоким образовательным уровнем (неполное высшее - 48,6%; высшее образование - 23,2%), для которых характерны нарушения режима питания (52,1%), уменьшение продолжительности суточного сна менее 8 часов (65,5%), приверженность к курению (56,4%), высокая распространенность хронических экстрагенитальных заболеваний (746,5%) и нарушения репродуктивного поведения - сексуальный дебют в возрасте до 15 лет (20,4%), отказ от использования контрацепции (30,5%) или применение низкоэффективных методов.

3) У молодых женщин, прооперированных в объеме резекции яичников, цистэктомии и коагуляции яичников по поводу доброкачественных невоспалительных болезней яичника, овариальный резерв снижается сразу после операции (по уровню АМГ - в 2,8 раз, по количеству антральных фолликулов - в 2,5 раза, по объему яичника - в 1,7 раз) и не восстанавливается до нормативных показателей в динамике через 6 месяцев ($p<0,05$). Прием комбинированных оральных контрацептивов после оперативного вмешательства на яичниках способствует сохранению овариального резерва после оперативной травмы ($p<0,05$). Риск возникновения рецидивов доброкачественных невоспалительных болезней яичников при отказе от их приема увеличивается в 2 раза ($p<0,05$).

4) Медико-социальными детерминантами развития доброкачественных невоспалительных болезней яичника у женщин 15-25 лет являются: нарушение режима сна, сон 6 и менее часов ($\chi^2 = 12,04$), профессиональные вредности ($\chi^2 = 6,52$), дисменорея (умеренная - $\chi^2 = 15,38$; выраженная - $\chi^2 = 21,60$), олигоменорея (периодическая - $\chi^2 = 6,96$; постоянная - $\chi^2 = 6,69$), начало

половой жизни в 15 лет и ранее ($\chi^2=7,76$), наличие других гинекологических заболеваний ($\chi^2=19,36$), урогенитальная инфекция в анамнезе ($\chi^2=4,53$). Предложенная прогностическая модель позволяет оценить индивидуальный риск развития доброкачественных невоспалительных болезней яичника у юных и молодых женщин с вероятностью 82,1%.

5) Разработанный алгоритм ведения женщин молодого возраста, направленный на повышение эффективности профилактики доброкачественных невоспалительных болезней яичников с учетом индивидуального риска развития, улучшение результатов лечения и реабилитации в послеоперационном периоде, способствует достижению более благоприятных показателей оценки овариального резерва в динамике, позволяет снизить частоту рецидивов в послеоперационном периоде ($p<0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности профилактики ДНВБЯ у женщин 15-25 лет целесообразно оценивать индивидуальный риск их развития с помощью математической модели в автоматизированном виде на персональном компьютере, которая может быть использована любыми специалистами, оказывающими лечебно-профилактическую помощь подросткам и молодым женщинам.

2. При выборе метода лечения ДНВБЯ у молодых женщин приоритет следует отдавать консервативному лечению. При наличии показаний к операции с учетом риска для овариального резерва следует по возможности избегать резекции яичников.

3. Реабилитация молодых женщин после хирургического лечения ДНВБЯ должна включать в себя оптимизацию образа жизни и репродуктивного поведения, использование КОК после операции в течение 6 месяцев, с последующей индивидуализацией контрацептивного выбора с учетом фертильных планов, нозологии заболевания яичников, наличия других гинекологических заболеваний.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Гинекологическая заболеваемость в России как отражение репродуктивного потенциала женского населения / М.Б. Хамошина, Е.А. Зорина, Н.В. Личак, Т.Н. Зулумян, Э.Ш. Пуршаева // Тезисы V Общеросс. научно-практич. семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (8-11 сентября 2012 года, Сочи). - М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. - С.150-153.

2. Гинекологическая заболеваемость в России и факторы, ее определяющие / М.Б. Хамошина, Е.А. Зорина, М.П. Архипова, Т.Н. Зулумян, Э.Ш. Пуршаева, А.А. Оразмурадов, Н.В. Болибок // Мать и дитя: Матер. VI Рег. науч. форума (26-28 июня 2012 года, Ростов-на-Дону).- С. 327-328.

3. Доброкачественные невоспалительные болезни яичников как фактор риска снижения репродуктивного потенциала молодых женщин / Т.Н. Зулумян, М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, И.А. Чакчурина, Н.Д.

Плаксина, А.Г. Погасов // **Вестник РУДН. Сер. «Медицина. Акушерство и гинекология».** - № 6.- 2010.- С.277-286.

4. **Зулумян, Т.Н.** Оценка влияния комбинированных оральных контрацептивов на состояние овариального резерва у юных и молодых женщин после оперативного вмешательства по поводу доброкачественных невоспалительных болезней яичников / Т.Н. Зулумян, М.Б. Хамошина // **Фарматека.** - №12 (265). - 2013. - С.68-70.

5. **Зулумян, Т.Н.** Оценка состояния репродуктивного здоровья юных и молодых женщин, страдающих доброкачественными невоспалительными болезнями яичников / Т.Н. Зулумян, М.Б. Хамошина // Тезисы Общеросс. научно-практич. семинара «Репродуктивный потенциал России: уральские чтения. Контраверсии повседневной жизни» (10-12 апреля 2013 года, Екатеринбург). - М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2013.- С.12.

6. Овариальный резерв в динамике у девушек-подростков и молодых женщин после хирургического лечения по поводу доброкачественных болезней яичников / **Т.Н. Зулумян, М.Б. Хамошина, В.Д. Петрова, Н.Д. Плаксина, З.М. Сохова, С.Д. Семятов** // **Вестник РУДН. Сер. «Медицина. Акушерство и гинекология».** - № 6.- 2012. - С.115-120.

7. Послеабортная реабилитация: возможности комбинированных оральных контрацептивов // М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, О.Д. Руднева, М.П. Архипова, **Т.Н. Зулумян** / Гинекология. - Т.12. - №1. - 2010. - С.41-44.

8. Послеабортная реабилитация - грани проблемы: что могут комбинированные оральные контрацептивы // М.Б. Хамошина, И.С. Савельева, Е.А. Зорина, М.С. Тулупова, **Т.Н. Зулумян** / Гинекология.- Т.15.- №1.- 2013.- С.60-63.

9. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы / М.Г. Лебедева, М.Б. Хамошина, И.А. Чакчурина, **Т.Н. Зулумян** // Охрана репродуктивного здоровья - будущее России: Матер. Всеросс. конф. с международн. участием, посв. десятилетию кафедры акуш. и гинек. медицинского ф-та Белгородского государственного ун-та.- Белгород, 2010.- С.49-52.

10. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы улучшения // М.П. Архипова, М.Б. Хамошина, А.И. Чотчаева, Э.Ш. Пуршашаева, Н.В. Личак, **Т.Н. Зулумян** / Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. - №1 (79). - 2013. - С.70-74.

11. Estimation of AMH level after surgery for benign non-inflammatory ovarian diseases of young women / **T.N. Zulumyan, M.B. Khamoshina, V.D. Petrova** // Topical Issues in Experimental and Clinical Medicine: Collection of papers of the Scientific Conference for Students, Post-Graduate Students and Young Scientists of Medical Faculties of Russian State Universities Including Foreign Participants (22-23 November 2012, Surgut). - P.185-186.

12. Therapeutic and diagnostic potential of laparoscopy in women with varicose veins of the appendages of the uterus and infertility / М.А. Семендяева, А.А. Семендяев, М.Б. Хамошина, А.И. Гус, **Т.Н. Зулумян** // **Reproductive BioMedicine Online** (Abstracts of the 5th Congress of the World Association of Reproductive Medicine).- Vol.20.- Suppl.3. - October, 2010. - S.82.

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯИЧНИКОВ
ЗУЛУМЯН ТАТЕВИК НШАНОВНА
(РОССИЯ)**

В диссертации уточнены данные о распространенности ДНВБЯ и обусловленных ими оперативных вмешательств на яичниках в популяции женщин 15-25 лет. На основании комплексного клинико-социального исследования репродуктивного здоровья 142 пациенток 15-25 лет расширены представления о патогенезе ДНВБЯ и определены медико-социальные детерминанты их развития у молодых женщин. Дополнены данные о состоянии овариального резерва после оперативного лечения ДНВБЯ и факторов риска его снижения, показаны лечебно-профилактические возможности применения эстроген-гестагенных препаратов на этапе реабилитации у пациенток изучаемой когорты. Сформирована концепция сохранения овариального резерва у женщин молодого возраста с ДНВБЯ в современных условиях с учетом риска оперативных вмешательств на яичниках, предложен научно обоснованный алгоритм мероприятий, направленных на профилактику ДНВБЯ, снижение частоты их хирургического лечения и сохранение овариального резерва.

**REPRODUCTIVE HEALTH OF YOUNG WOMEN AFTER SURGICAL
TREATMENT OF BENIGN NONINFLAMMATORY OVARIAN DISEASES
ZULUMYAN TATEVIK NSHANOVNA
(RUSSIA)**

The dissertation has specified data on the prevalence of BNIOD and caused by them surgical interventions on the ovaries among female population of 15-25 years old. Based on the clinical and social studies of reproductive health of 142 patients, concepts of pathogenesis of BNIOD have been expanded and defined medical and social determinants of their development in young women. Data on the status of ovarian reserve after surgical treatment of BNIOD and risk factors of its decline have been supplemented, the possibilities of therapeutic and prophylactic use of estrogen-progestin drugs in the rehabilitation stage of patients of studied cohort have been shown. The concept of conservation of ovarian reserve in young women with BNIOD has been formed in modern conditions, taking into account the risk of surgical interventions on the ovaries; scientifically based algorithm of measures has been proposed, aimed at prophylaxis of BNIOD, reduction of frequency of their surgical treatment and preservation of ovarian reserve.

Заказ № 31-Р/12/2013 Подписано в печать 21.11.13 Формат 60`84/14. Тираж 100 экз. Усл. п.л. 2,0



ООО "Цифровичок", тел. (495) 797-75-76
www.cfr.ru ; e-mail: info@cfr.ru